

TIPO PLAN

INDIVIDUAL

X

GRUPAL

Nº FOLIO FUN

Identificación del ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

LE-12

IRON 9013T

5250

IRON 9013T

PRESTACIONES	% DE BONIFICACION (*)	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA			
Día cama	100% Prestadores G31 100% Prestadores G32 65% Prestadores G33 50% Prestadores G34 35% Prestadores G35 25% Prestadores G36	Sin Tope	Sin Tope
Día cama cuidados intensivos o coronarios			
Día cama cuidados intermedios			
Derecho Pabellón			
Exámenes de Laboratorio			
Imagenología			
Kinesiología			
Materiales e Insumos Clínicos			
Medicamentos		35.00 UF por evento	140.00 UF
Quimioterapia		15.00 UF por ciclo	150.00 UF
Procedimientos	100%	1.35 AC	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos(HMQ)		10.50 AC	
Visita por Médico Tratante		0.55 UF	
Visita por Médico Interconsultor		0.55 UF	
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis		4.00 AC	15.00 UF
Traslados Médicos		1.35 AC	0.70 UF
AMBULATORIAS			
Consulta Médica	80%	0.50 UF	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio		1.35 AC	
Imagenología			
Procedimientos			
Radioterapia			1.35 AC
Kinesiología		3.00 UF	
Fonoaudiología		2.00 UF	
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista		4.00 UF	
Prótesis y Ortesis	100%	10.50 AC	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)		1.35 AC	
Pabellón Ambulatorio			
Box Ambulatorio	100%	1.00 AC	Uno anual por código
Prestaciones Dentales (PAD)			
Quimioterapia			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
Consulta Psiquiatría y/o Psicología	80%	0.35 UF	1.05 UF
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria	100%	0.40 UF	6.00 UF
Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica		1.25 UF por día	30.00 UF
Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica	25% de la Cobertura General		
Hospitalización Domiciliaria			
Cirugía Bariátrica			
OTRAS COBERTURAS			
Lentes Opticos	80%	0.45 UF	0.45 UF
Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor		
Cobertura Internacional prestaciones Ambulatorias y HMQ	Igual a la cobertura nacional, sin ampliación de cobertura		
Cobertura Internacional prestaciones Hospitalarias	Igual a la cobertura nacional con un tope máximo para cada prestación igual al precio de las mismas en Nivel Institucional en el HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE		
Cobertura adicional para Enfermedades Catastróficas	En Listado Prestadores CAEC Red de Atención L		

(*) La forma y aplicación de las coberturas se detalla en las Notas Explicativas contenidas en el Anexo del Plan.

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

PRECIO BASE

U.F

COTIZACION LEGAL

%

TABLA N°

21

TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIARIOS

GRUPOS DE EDAD	COTIZANTE MASCULINO	COTIZANTE FEMENINO	CARGA HOMBRE	CARGA MUJER
0 a menos de 2 años	2.00	2.00	2.00	2.00
2 a menos de 5 años	0.90	0.90	0.90	0.90
5 a menos de 10 años	0.70	0.60	0.70	0.60
10 a menos de 15 años	0.60	0.60	0.60	0.60
15 a menos de 20 años	0.80	0.90	0.80	0.90
20 a menos de 25 años	0.80	1.40	0.80	1.00
25 a menos de 30 años	0.90	2.30	0.90	1.80
30 a menos de 35 años	1.00	3.10	0.90	2.30
35 a menos de 40 años	1.20	2.70	0.90	2.00
40 a menos de 45 años	1.30	2.20	0.90	1.50
45 a menos de 50 años	1.50	2.20	1.00	1.90
50 a menos de 55 años	1.90	2.40	1.20	2.10
55 a menos de 60 años	2.50	2.80	1.80	2.40
60 a menos de 65 años	2.90	3.00	2.50	2.60
65 a menos de 70 años	3.40	3.10	3.40	3.10
70 a menos de 75 años	4.00	3.10	4.00	3.10
75 a menos de 80 años	4.50	3.70	4.50	3.70
80 y más	4.90	4.30	4.90	4.30

IDENTIFICACION UNICA DEL ARANCEL

ARANCEL COLMENA

MODALIDAD DEL ARANCEL

PESOS

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

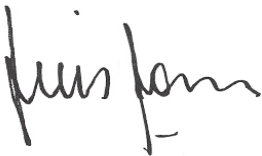
MONTO

2000

U.F

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL



Firma Gerente General

ISAPRE COLMENA GOLDEN CROSS

Firma y Código Agente de Venta

ISAPRE COLMENA GOLDEN CROSS

FECHA:

Firma Cotizante

Nombre:

Rut:

Huella Digital